

# Solicitud para el servicio de Paratrásito-ADA

(ADA - siglas en inglés para la Ley de Estadounidenses con Discapacidades)

## INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA LOS SOLICITANTES

**Este paquete incluye información y formularios que se necesitan para solicitar elegibilidad para el servicio de paratrásito en el Área de la Bahía de San Francisco. Como parte de los requisitos de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA), el servicio de paratrásito se provee por todos los sistemas de transportación público. Este tipo de servicio de transportación público se limita a personas quienes no pueden usar sin ayuda los sistemas de transporte público de rutas fijos de vez en cuando o siempre debido a una discapacidad o condición de salud relacionado.**

Para usar el servicio de paratrásito-ADA, usted tiene que ser certificado como elegible. Elegibilidad se determine caso por caso. De acuerdo con las regulaciones de ADA, elegibilidad se limita estrictamente para los que tienen limitaciones específicas que los impide usar transportación pública accesible.

Su solicitud puede ser aprobada para elegibilidad total (sin condición) o sobre una base limitado solamente para algunos viajes (elegibilidad condicional). Si se halla que usted puede usar transportación público y tránsito via riel sin un ayudante, usted no será elegible para el servicio de paratrásito.

**Para solicitar elegibilidad, usted tiene que llenar por completo el formulario adjunto.** Evaluaremos su habilidad para usar transportación público accesible. Después de estudiar su solicitud, es posible que necesitemos más información. Por ejemplo, es posible que necesitemos:

- Comunicarnos con usted por teléfono
- Hacer una cita para entrevistarle personalmente o hacer una evaluación de su habilidad de funcionar, o
- Consultar su médico, profesional de salud u otro especialista sobre su condición y habilidades

**Para:**

- Braille,
- Letra Grande,
- Cinta Audible
- o
- Disco de Computadora/CDR

Lláme al **707-449-5170**

Se anima a los solicitantes y las personas quienes les ayudan a leer el folleto

llamado “Accesible Transportation in the San Francisco Bay Area” (Transportación Accesible en la Area de la Bahía de San Francisco) antes de completar el formulario adjunto. Si usted necesita este folleto, llame a su agencia de tránsito. Este folleto provee mas detalles sobre el paratransito-ADA y el criterio para elegibilidad.

Después que se ha recibido, su solicitud será procesada dentro de 21 días. La solicitud tiene que ser llenada apropiadamente. Si se exige, usted debe estar disponible para una segunda evaluación. La segunda evaluación puede incluir una entrevista telefónica, verificación médica o entrevista personal. La entrevista personal puede incluir una prueba de función para determinar su habilidad de viajar en la transportación pública, así como la capacidad de caminar a una parada de autobús, leer letreros, etc.

Usted recibirá aviso de la determinación de su elegibilidad por correo. Si usted ha sido certificado como elegible, será elegible para viajar en los nueve condados de la Area de la Bahía de San Francisco. Si usted no está de acuerdo con la determinación de elegibilidad, tiene el derecho de apelar. Información sobre como apelar será incluida junto con su aviso de elegibilidad. Si una determinación de elegibilidad toma mas de 21 días , usted puede recibir elegibilidad que le permite usar el servicio de paratransito hasta que se alcance una determinación final. Esto no aplica si, por falta de acción de su parte, nosotros no podemos completar el procesamiento de su solicitud.

### **INSTRUCCIONES PARA LOS SOLICITANTES**

1. Favor de escribir **con letras de molde o con maquina de escribir** respuestas completas a todas las preguntas en la solicitud. Sus respuestas y explicaciones detalladas nos ayudarán a hacer una determinación apropiada. Asegúrese de responder a **TODAS** las preguntas de lo contrario su solicitud será considerado incompleto. Se devolverán todas las solicitudes incompletas.
2. No se requiere incluir información o páginas adicionales. No obstante, tal vez querrá enviar otros documentos que piensa que nos ayudarán a entender sus limitaciones. **Toda información que nos provee permanecerá confidencial.**
3. **Usted tiene que proveer FIRMAS en dos lugares para completar la solicitud.**
  - Certificación del solicitante (Pagina 8)
  - Autorización para dispensar información por un profesional médico o de rehabilitación (Pagina 9)
4. Regrese la solicitud completada a: **PW/Transit  
650 Merchant Street  
Vacaville, CA 95688**

Para ayuda con el proceso de aplicación o para averiguar el estado de su solicitud, llame al 707-449-5170
---

**Gracias**

# FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE

Personal/Información de Contacto

**NOMBRE** (primer, segundo, apellido)

\_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_ # de Apt: \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

**Dirección Postal** (si es diferente a su domicilio)

\_\_\_\_\_ # de Apt: \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

**Teléfono de día** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **TDD/TTY:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Teléfono de noche** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Celular:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  hombre  mujer

**Lenguaje principal** (favor de marcar):  español  otro (especifica) \_\_\_\_\_

**Si usted necesita que se le suministra información escrita en el futuro en un formato accesible, favor de marcar el formato preferido:**

Disco/CDR  Cinta Audible  Braille  Letra Grande

Otro \_\_\_\_\_

**En caso de emergencia, a quién notificaremos?**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Relación:** \_\_\_\_\_

**Teléfono de día:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Teléfono de noche:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

(Opcional) También estoy matriculado en uno o más de los siguientes programas :

Medicare  Medi-Cal

**Infórmanos De Su Discapacidad/Condición Relacionado con Su Salud**

**Por favor conteste en detalle las siguientes preguntas – sus respuestas específicas nos ayudarán a determinar su elegibilidad.**

1. ¿Qué discapacidad o condiciones relacionadas con su salud le **IMPIDE** usar de manera independiente el tránsito público regular de rutas fijos (por ejemplo, BART, autobús, tránvia)?

---

---

---

---

---

2. Explique brevemente **CÓMO** le impide su condición de usar el tránsito público regular sin la ayuda de otra persona.

---

---

---

---

---

3. ¿Cuándo experimentó por primera vez las condiciones que usted describio arriba?

hace 0-1 años       hace 1-5 años       más de 5 años

4. ¿Cambian de día en día las condiciones que usted describio de una manera que afecta su habilidad de usar el tránsito publico regular?

Sí, algunos días son buenos, otros días son malos       No, nunca cambian  
 No sé

5. Las condiciones que usted describio son:

Permanente       Temporal       No sé

Si es temporal, ¿cuánto tiempo espera que esto continúe?

---

## Infórmalos De Sus Habilidades & Actividades Normales

6. ¿Usa regularmente alguna de las siguientes ayudas de movilidad o equipo especializado? (marque *todas* que aplican)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bastón                                 | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas electrica  | <input type="checkbox"/> Aparatos de Comunicación |
| <input type="checkbox"/> Bastón Blanco                          | <input type="checkbox"/> Perros de guia             | <input type="checkbox"/> Andador                  |
| <input type="checkbox"/> Triciclo electrico para Discapacitados | <input type="checkbox"/> Muletas                    | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manuales |
| <input type="checkbox"/> Aparato Ortopédico                     | <input type="checkbox"/> Tanque de Oxigéno Portátil |   |
| <input type="checkbox"/> Otra ayuda _____                       |   |   |

7. Por favor, marque la caja que mejor describe su situación actual de vivienda:

- Centro de Enfermería Especializada  
 Residencia de Vivienda Asistida  
 Recibo asistencia de alguien que viene a mi hogar para ayudarme con las actividades cotidianas  
 Vivo con parientes u otras personas quienes me ayudan  
 Vivo solo sin la ayuda de otra persona

8. ¿Cuántas cuabras puede usted viajar con su ayuda de movilidad y sin la ayuda de otra persona? \_\_\_\_\_

9. De las siguientes declaraciones, ¿cuál lo describe mejor a usted en caso de que tiene que esperar afuera por transporte? (*Marque solo una respuesta*)

- Puedo esperar diez a quince minutos  
 Puedo esperar diez a quince minutos si tuviera un asiento y marquesina  
 Necesito que alguien me acompañe mientras espero porque \_\_\_\_\_

10. De las siguientes declaraciones, ¿cuál lo describe mejor a usted? (*Marque solo una respuesta*)

- Nunca he usado transportación pública  
 He usado transportación pública pero no desde el comienzo de mi discapacidad.  
 He usado transportación pública siempre cuando mis condiciones me lo permitan

## Infórmalos De Sus Necesidades de Transporte

11. ¿Cómo viaje usted a sus destinos frecuentes? (*marque todas que aplican*)

- Autobús       Paratransito       Manejo       BART  
 Tái       Ferry       Tranvía       Alguien me lleva  
 Otro \_\_\_\_\_

12. ¿Viaje usted con la ayuda de otra persona? (*excluye la transportación*)

- Siempre       Algunas veces       Nunca

12a. Si siempre u algunas veces, qué tipo de ayuda suministran?

---

---

13. ¿Puede usted ir y venir de la parada de autobús más cercana a su casa?

- Sí       No       Algunas veces

*Si la respuesta es no u algunas veces, explique por qué:*

---

---

14. Al estar sentado, ¿Pudiera usted mantener su equilibrio y tolerar cualquier movimiento de un vehículo de transportación pública?

- Sí       No       Algunas veces       No sé, nunca lo he intentado

*Si la respuesta es no u algunas veces, explique por qué:*

---

---

15. ¿Pudiera usted agarrar bien los pasamanos/barandillas, monedas, boletos mientras suba o baja de un vehículo de transporte?

- Sí       No       Algunas veces       No sé, nunca lo he intentado

*Si la respuesta es no u algunas veces, explique por qué:*

---

---

**Infórmanos De Sus Necesidades de Transporte**

16. ¿Pudiera usted subir y bajar de un autobús de tránsito público si tiene un tipo de ascensor o rampa o aparato que baja la delantera del autobus?

Sí     No     Algunas veces     No sé, nunca lo he intentado  
*Si la respuesta es no, explique por qué:*

---

---

17. Por favor, incluye cualquier otro información sobre sus habilidades que usted cree que necesitamos saber.

---

---

---

---

---

---

**¿Ha contestado todas las preguntas y ha suministrado las explicaciones donde se requiere?**

**SOLICITUDES INCOMPLETAS SERÁN RETORNADAS**

## Certificación del Solicitante

Certifico que toda la información en esta solicitud es cierta y correcta. Comprendo que falsificando información intencionalmente resultará en el rechazo de servicio. Comprendo que toda la información permanecerá confidencial, y solamente la información requerido para proveer los servicios necesarios será revelado a los que ejecutan dicho servicios.

**Comprendo que posiblemente sea necesario contactar a un profesional que esté familiarizado con mis habilidades de funcionar para usar transportación público a fin de ayudar en la determinación de elegibilidad.**

**Firma aquí:**

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**¿Alguién le ayudó para llenar esta solicitud?**     Sí     No

Si la respuesta es sí, Nombre: \_\_\_\_\_ (Teléfono) \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Note por favor: Es **su** responsabilidad de notificarnos si su discapacidad mejora a tal grado que cambia el estado de su elegibilidad. Si su condición mejora después que hemos hecho una determinación o descubrimos que usted ha sometido información falsa, es posible que suspendemos su elegibilidad o que le pedimos solicitar de nuevo.

## Autorización para Dispensar Información Medica

*(ha de ser completado por el solicitante)*

Por medio del presente, autorizo al siguiente profesional autorizado (doctor, terapeuta, trabajador social, etc.) para que verifique mi discapacidad o condición relacionado con mi salud, a dispensar esta información a mi agencia local de tránsito público. Esta información se usará solamente para verificar mi elegibilidad para servicios de paratransito. Comprendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización, y que puedo revocarla a cualquier tiempo.

**Nombre del Profesional quién puede dispensar mi información médico:**

\_\_\_\_\_

Domicilio:

\_\_\_\_\_

# de Registro Médico o identificación, si se conoce:

\_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

**Firme aqui:**

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_